

BIBLIOTHÈQUE PSYCHANALYTIQUE

Docteur G. PARCHEMINEY

**Exposé clinique
d'un cas
d'impuissance**

LES ÉDITIONS DENOËL & STEELE

19, RUE AMÉLIE, PARIS-VII^e

—
1936

L. 1537

INSTITUTE
OF
PSYCHO-ANALYSIS
LENDING LIBRARY

*
*
* INSTITUTE OF PSYCHO-ANALYSIS *
*
* PRESENTED BY *
*
* DR. ERNEST JONES *
*
* 1941 *
*



INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

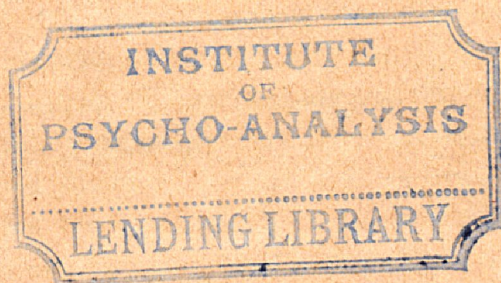
DIE PSYCHOANALYTISCHE UNIVERSITÄT IN BERLIN

*A Monsieur le Dr. J. S. Jones.
Hommage de l'auteur
G. Parcheminey*

BIBLIOTHEQUE PSYCHANALYTIQUE

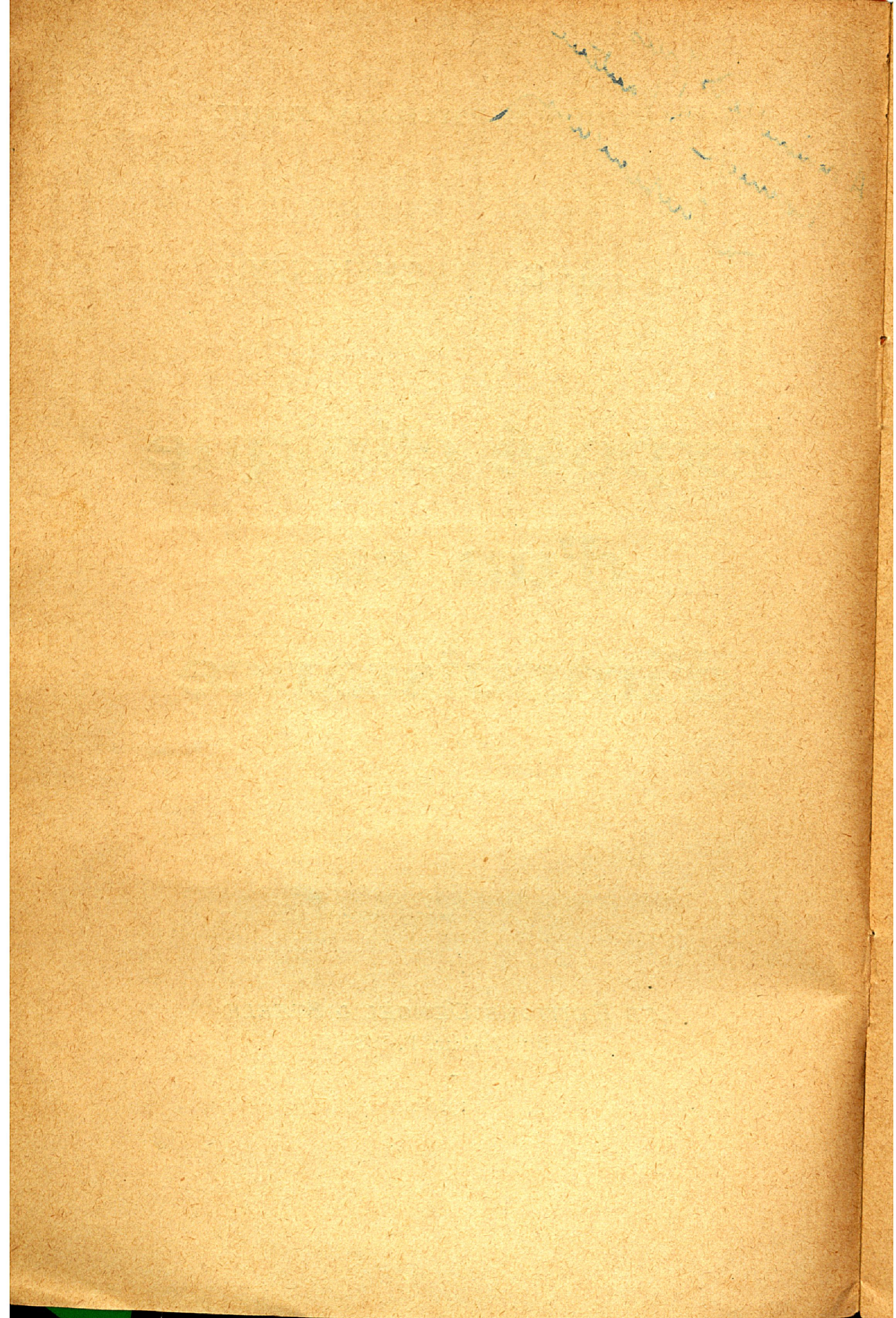
Docteur G. PARCHEMINEY

Exposé clinique d'un cas d'impuissance



LES ÉDITIONS DENOËL & STEELE
19, RUE AMÉLIE, PARIS-VII^e

—
1936



Exposé clinique d'un cas d'impuissance ⁽¹⁾

M. A..., âgé de 26 ans, est venu me consulter pour impuissance totale. Depuis la puberté jusqu'à la période actuelle, il n'a pas eu d'érection, et toutes les tentatives pour aboutir à un rapport sexuel n'ont donné que des échecs.

Après l'insuccès de différents traitements, soit par psychothérapie d'inspiration freudienne, soit traitements par spécialistes divers, le malade entreprend un traitement psychanalytique.

Avant de résumer les différentes phases de l'analyse, il me paraît utile, par souci de clarté, de jeter un coup d'œil rapide sur l'évolution sexuelle de M. A... depuis son enfance.

M. A... appartient à une famille étrangère : il a deux frères plus âgés et deux sœurs cadettes. Le père est mort, l'enfant ayant quinze ans. Dans l'historique de la situation infantile, on relève d'abord un élément de fixation érotique maternelle, constitué par des lavements que la mère administre à l'enfant d'une façon très continue, pour certains troubles intestinaux. Il convient d'en signaler ici toute l'importance : ils jouent un rôle essentiel dans la persistance à l'état adulte de l'érotisme anale. Le Dr Odier, dans une précédente communication, a attiré l'attention sur ces faits : chez notre malade, ils semblent avoir provoqué une réaction ambivalente de haine, de rage, et aussi d'attirance — nous voyons plus tard que l'enfant cherchera, dans des jeux sexuels avec sa jeune sœur, à lui administrer des lavements au moyen d'appareils divers. De même A... a souvent vis-à-vis de sa mère le fantasme suivant : il imagine qu'au milieu d'une réception de sa mère il se glisse sous ses jupes, lui donne de force un lavement, alors qu'elle ne peut se trahir devant ses invités. L'idée de faire souffrir sans possibilités de rébellion est associée à l'idée de procurer un plaisir.

A cet érotisme s'associent certaines représentations, soit sur le

(1) Communication faite à la Société Psychanalytique de Paris, le 19 mars 1935.

mode oral : envie de mordre, d'avaler, de serrer dans les bras, soit l'idée d'échanger avec un autre être ses urines ou ses matières. Nous retrouvons plus tard, au cours de l'analyse, ces différentes composantes érotiques, mais, vers l'âge de dix ans, elles subissent une réactivation à l'occasion de la scène suivante : A... surprit un jour une gouvernante avec un frère aîné, tous deux parlant de questions d'urines et de matières. La réaction immédiate fut la suivante : eux aussi pensent à toutes ces choses. On peut se poser la question de savoir s'il n'y a dans ceci qu'un souvenir écran. Je me le suis souvent demandé, et, dans la suite de l'analyse, après de nombreux recoupements, j'ai acquis la conviction que le souvenir correspondait à une réalité.

Plus tard, l'activité sexuelle du jeune A... s'orienta différemment :

curiosité inquiète envers tout ce qui concerne l'intimité maternelle, concentrée vers le cabinet de toilette, qui devient une chose mystérieuse, où l'on trouve des linges sanglants, où le soir l'enfant voit sa mère quitter la chambre et se diriger vers la chambre de son père — on ne trouve pas de jalousie consciente, mais une sensation de malaise ;

des manifestations érotiques empreintes de trouble et de crainte se précisent : l'enfant cherche dans le lit à coller son corps contre celui de sa mère, il cherche à provoquer une étreinte en faisant attention à ce que sa mère ne puisse deviner tout le trouble secret qui l'anime. Par ailleurs, on trouve certaines défenses parentales qui témoignent d'une activité masturbatoire ; par exemple l'enfant est puni s'il ne prend la précaution, avant de s'endormir, de mettre ses bras hors des draps. C'est ici son père qui intervient dans les menaces de punition.

Dans la reconstitution de la situation que permet l'analyse, il semble d'une façon très nette qu'à la première période centrée sur l'érotisme anal, les éléments ambivalents aient été fixés sur la mère, mais sans réactions d'angoisse. Par contre, le sentiment diffus de danger dans la deuxième période phallique s'affirme nettement, et il reçoit une éclatante confirmation vers l'âge de quatre ans, par le fait d'une intervention chirurgicale pour phimosis — nous en verrons plus loin les suites, mais à cette date rien ne paraît avoir été noté par l'enfant, sauf la brutalité de l'anesthésie et quelques réactions douloureuses.

Dès ce moment, le comportement vis-à-vis des parents sera très tranché et le demeurera jusqu'à la période actuelle.

Vis-à-vis du père, respect, admiration, besoin de protection avec certaines réactions homosexuelles passives. L'enfant, par exemple, prend plaisir à se mettre sur les genoux de son père, à le caresser, et même développe certains fantasmes de caresser les organes génitaux. Cette attitude se retrouvera ultérieurement d'une façon typique vis-à-vis de tous les hommes, qui pourront réactiver ce complexe paternel.

Cependant, derrière toute cette admiration et ces manifestations de tendresse, nous ne trouvons rien de bien profond : ceci apparaît plutôt comme un camouflage ; plus tard, quand le père meurt, l'enfant n'éprouve qu'une tristesse relative, et lors des obsèques se force pour paraître ému devant l'assistance.

Par contre, la mère sera désormais le symbole de la femme, femelle associée à des idées de « lait, vache, saletés, fumier, etc. ». Elle est faite pour les saletés ; dégoût, mais aussi attirance, sont liés d'une façon indissoluble.

La période de latence est particulièrement nette chez A... : elle est du reste en rapport avec un développement intense de sentiments de contrainte et de défense, qui, sous le masque d'une religion mal interprétée, viendront au moment de la puberté constituer le conflit primordial.

A cette période, en effet, la sexualité du jeune A... s'éveille, se manifeste par un intérêt pour les questions sexuelles : le jeune enfant, qui ne peut se confier à personne, cherche dans des lectures tout ce qui peut se rapporter à ce problème ; ces lectures, du reste, bien inoffensives en l'espèce, s'accompagnent d'érections fréquentes et de divers fantasmes concernant l'anatomie ou la naissance des enfants, dans lesquels l'anus joue le rôle principal.

Fait important, le jeune A... a comme une révélation que sa verge n'est pas normale, et, sans avoir de termes précis de comparaison, peu à peu il se sent envahi par l'angoisse et la honte, il n'ose plus toucher à cette verge, et développe jusqu'à la période actuelle du traitement ce substitut d'activité masturbatoire : la main et l'avant-bras compriment la verge érigée, comme une chose fâcheuse et à éviter, et l'excitation érotique s'effectue par l'introduction du doigt dans l'anus. Très rapidement, l'érection gênante disparaît, la satisfaction s'obtenant uniquement sur le mode anal, après une excita-

tion de l'anus ; l'éjaculation se produit sans érection. Pendant plusieurs années, le malade n'utilisera que ce mode de masturbation — un fait capital à noter consiste dans une sorte de désensibilisation, si l'on peut dire, de la muqueuse de la verge, dont l'attouchement ne provoque plus qu'une sensation tactile plus ou moins désagréable, et sans aucune sollicitation érotique.

Bien que l'activité génitale subisse donc dès la puberté un refoulement rapide et décisif, l'activité érotique anale est loin d'être acceptée par le moi du sujet, car tout un système de défenses religieuses s'organise, ou mieux, s'intellectualise suivant un mode obsédant. Le malade, hanté par la transgression d'un certain commandement, n'ose pas demander à ses éducateurs ou à ses directeurs de conscience des apaisements et des éclaircissements, se débat pendant plusieurs mois dans une véritable torture, tiraillé d'une part par les pulsions érotiques qui surgissent, obsédé de l'autre par l'idée de châtiment et d'enfer ; bref, ceci aboutit vers l'âge de quinze ans à un refoulement absolu de toute poussée sexuelle, et, pendant dix ans environ, ce sera le silence absolu.

Mais, loin d'en éprouver un réel apaisement, le jeune homme paraît avoir perdu toute gaieté, toute joie de vivre ; il est inquiet, tourmenté, ne s'intéresse pas aux études. Il parvient toutefois à obtenir un diplôme universitaire important, et c'est surtout dans le domaine de la mathématique que son intelligence pourra s'exercer. Dans les autres branches de la connaissance, et spécialement la littérature ou les arts, rien n'existe, aucun élan, aucun enthousiasme, aucune spontanéité.

Vers vingt-six ans, après avoir vaincu de grandes résistances, effrayé de ne sentir aucun désir devant la femme, il met tout sur le compte de la timidité, se décide à aller dans des maisons de rendez-vous ; mais là, échec complet, impossibilité de la moindre érection, et le plaisir érotique ne peut être provoqué que par l'excitation de l'anus. Après une série d'échecs, A... se décide à recourir à des traitements médicaux.

* * *

Dans la conduite de l'analyse, on peut distinguer deux attitudes du malade, qui, en fait, se superposent constamment : d'une part, le transfert en tant que réactivation des situations infantiles ; d'autre part, le comportement du sujet en présence des situations

actuelles, l'analyse de ces deux aspects conduisant par progression à la libération du sujet.

Le premier transfert, le plus durable et le plus remarquable par son intensité, fut avant tout un transfert négatif.

Après mille difficultés dont la principale consistait en une peur de mes réactions vengeresses, au prix d'une grande dépense d'angoisse, A..., au cours de ses associations libres, n'eut pour thème constant qu'une haine impitoyable. Je n'insiste pas sur tous les sarcasmes dont je fus l'objet, je note seulement le fait que si, dans mon attitude, une parole, une inflexion de voix, une remarque quelconque pouvait être interprétée comme une faiblesse, la haine de A... s'exaspérait, doublée du mépris et surtout du désir de me quitter, car, dès lors, le malade ne trouvait plus en ma personnalité une sorte de toute-puissance sur laquelle il cherchait à s'appuyer ou à pouvoir s'identifier. Inversement, une situation où j'apparaissais comme un symbole de force augmentait chez lui l'angoisse et inhibait la libération de l'affect négatif.

Très rapidement A..., chez qui l'obsession religieuse tenait une place importante, réactiva le conflit latent vis-à-vis de la puissance divine.

Son attitude religieuse était en effet caractéristique : faisant régulièrement ses prières, assistant aux offices, A... ne pouvait formuler la moindre prière sans être dans l'obligation obsédante de la répéter à nouveau, car cette prière, ou soi-disant, n'était qu'une pure expression verbale, et à la fin de celle-ci A... avait toujours la crainte d'une distraction, d'un mot mal prononcé, et sous peine de péché et de crainte de l'enfer il devait le recommencer sans cesse.

Pendant la célébration des offices, il était sans trêve obsédé par des pensées impies, des représentations obscènes aux moments les plus importants, et devait donc recommencer ses oraisons, hanté par la crainte de ces images.

Il paraissait évident que toute affectivité sincère, profonde, que tout élan du cœur fussent bannis de cette conception religieuse. A... n'avait qu'une préoccupation : échapper à l'enfer par une obéissance passive aux commandements ; c'est pourquoi, dans le domaine sexuel par exemple, il en était arrivé à ne plus regarder une femme, car le fait de regarder le bras ou la main pouvait l'entraîner à des associations d'idées coupables, et aussitôt l'enfer s'entr'ouvrait.

Peu à peu, il prit connaissance de la rancune haineuse qu'il avait

vis-à-vis de ce Dieu, qui prenait figure d'un être impitoyable et cruel, le surveillant sans relâche pour le punir à la moindre incartade. Cette situation amena un redoublement de l'angoisse ; celle-ci ne céda pas, du fait que le malade se rendit compte que son attitude religieuse n'était que la répétition de son attitude vis-à-vis de son père.

Aussi, la progression du traitement s'avéra, à mon gré, trop lente. A... ne me parut pas apte à franchir une étape, celle de paraître vis-à-vis de son surmoi, de pouvoir transgresser des défenses divines. Comme je tentais à différentes reprises de lui expliquer que sa conception religieuse n'était nullement le type de la religion chrétienne, mais une caricature au service de ses inhibitions, sa réponse était la suivante : « Vous avez peut-être raison, mais si vous vous trompez c'est tout le problème de ma vie et de l'au delà qui est en jeu. »

Au cours de son enfance ou de son adolescence, A... n'avait jamais trouvé un prêtre qui se rendit suffisamment compte de ses angoisses, mais qui surtout comprît qu'en fait A... n'avait aucune réelle foi religieuse, qu'il était incapable de tout élan d'amour vers cette religion.

Je résolus donc de faire appel à un prêtre dont l'autorité sacerdotale pouvait faciliter le travail de destruction des résistances. Le résultat fut excellent, et j'ai l'impression que cette intervention a facilité grandement la marche du traitement.

Vis-à-vis des autres hommes, même comportement : par exemple, devant ses supérieurs (A... appartenait à l'armée), flatterie, coquetterie, désir de plaire, impossibilité de toute contradiction, mais tout cela masquant des impulsions de violence haineuse. Inversement, pour ses inférieurs, A... n'avait que du mépris, mais il n'osait pas le montrer de peur de révolte.

Tels sont, brièvement résumés, les premiers points que l'analyse mit en évidence.

A... venait de contracter une liaison avec une femme divorcée, mais si cette personne représentait pour lui l'inverse de l'image maternelle et lui apparaissait comme digne d'amour, en fait toute sa libido le poussait vers le type maternel haï, méprisé, mais désiré.

Tous les essais d'érection ou d'intromission étaient infructueux ; c'est pourquoi A... soit s'imaginait être excité au niveau de l'anus, soit provoquait des contractions des muscles périneaux, soit se laissait aller en pensée à des idées de mordre, d'embrasser, de dévo-

rer, et cela le conduisait automatiquement à des représentations d'un type maternel.

D'autre part, l'excitation de la verge ne donnait qu'une réaction douloureuse, et aucune érection.

Si quelquefois il paraissait avoir réalisé un début d'érection, tout disparaissait au moindre mouvement, et principalement à toute tentative d'intromission.

A l'examen de la situation, il apparaissait clairement que A... avait subi une forte fixation au stade pré-génital et que l'on pouvait établir schématiquement l'équation suivante : femme, urines, matières, saletés = plaisir ; mêmes composantes, plus l'idée du coït = apparition du danger.

Une étape importante du traitement fut la prise de conscience de toutes les pulsions refoulées.

En effet, quand A... put se rendre compte quelles étaient les réelles composantes de la libido, on se trouva en présence d'idées telles que : accompagner son amie aux W.-C., regarder les selles, les urines, mais tout cela associé à toutes les composantes sensorielles normales, de telle sorte qu'un grand progrès fut acquis quand, après la prise de conscience de tous ces éléments, la notion de saleté associée s'atténua grandement.

Il est à observer que, pendant la réactivation de ses pulsions, A... ne fut jamais réellement, un pervers sexuel.

Dans cette attitude où les éléments de la période sadique-anale s'affirment, nous nous rendons mieux compte des particularités du caractère qui sont le fait de ce stade. L'analyse permit de vérifier le rapport entre les matières et l'argent ; au cours du traitement, au cours des différentes fluctuations d'une analyse où chaque résistance, chaque déception ou traumatisme psychique fait jouer le mécanisme automatique de la régression, il était très caractéristique chez A... de noter la valeur de l'argent associée à cette période anale, comme symbole de puissance magique et de sécurité, si l'on peut dire, quand l'attitude génitale fléchit et que la confiance en soi disparaît. Il n'y a rien là que de très classique : chez ce malade, on peut dire que les deux systèmes ont oscillé suivant les événements avec une singulière précision.

J'ai insisté au début sur l'absence de spontanéité, d'intérêt affectif pour le monde extérieur, sur l'indifférence pour tout ce qui peut susciter un amour, une passion : l'intérêt intellectuel paraissait sur-

tout porté vers les sciences mathématiques où son caractère rationnant et inquiet trouvait une sorte de sécurité intellectuelle.

Aussi, dans les rêves, observait-on souvent des transpositions en symboles mathématiques : je note très rapidement le suivant, car il nous montre avec netteté un barrage sur lequel j'insisterai plus loin. « Je vais passer un examen, — suis à l'étude, — sensation nette que je ne sais rien. J'espère ne pas être appelé, mais, à mon grand désespoir, on me convoque. Je vais dans la salle qui précède celle des examinateurs. Je pressens qu'on va me poser une question sur les annuités, c'est-à-dire sur le problème de la vie, il faut le résoudre, en trouver la formule. Cette formule me vient d'abord à l'esprit sous la forme de $a + \alpha x$. C'est la formule qui s'approche le plus en réalité du problème de la vie. Je ne veux pas la voir, et j'imagine une deuxième formule $p \cdot \pi$, p . J'essaie de me rattacher à celle-ci. Je suis appelé devant l'examineur. C'est un homme vieux et ridicule ; il me demande si je suis le duc de A..., si je suis connu dans le monde, si je m'occupe de yachting. Je réponds et retrouve ma supériorité grâce à mon nom, à mes succès féminins, à mes prouesses aux régates. Du coup, le problème à résoudre n'est plus difficile, et c'est moi qui conseille les autres. »

Les associations données sur les deux formules sont les suivantes : « a » donne père comme association ; x : femme, mère ; α : facteur indéfinissable n'ayant pas de degré.

Pour la deuxième formule : p = pet, vent ; π : cercles, pis de vache, crotte, matières.

N'y a-t-il pas là un élément où le problème des annuités de la naissance des enfants, du mystère de la vie, ne peut être résolu que sur le mode anal, alors que la première formule ne peut trouver de solution ?

La levée du premier barrage permettant la libération des pulsions liées à l'érotique anale s'avéra de grande importance. En effet, cela permit d'arriver à la réactivation de la deuxième période œdipienne.

Celle-ci se manifesta par l'intérêt porté à sa mère. J'avais fait allusion aux principales manifestations (curiosité de l'intimité de la mère, sentiments de jalousie de l'intimité des parents) : on put observer dans la situation de transfert une évolution parallèle. Ainsi le malade, qui n'avait jamais dans ses associations fait allusion à

ma situation conjugale, arrive, au prix d'angoisse, — crainte d'être renvoyé, crainte d'une vengeance de ma part, — à formuler certaines représentations sexuelles concernant ma famille (qu'il ne connaît pas, bien entendu). Cela met en évidence un élément important qui joue chez lui en toutes circonstances, la peur d'être deviné dans toutes ses pensées ; mais cette situation a comme conséquence immédiate la réactivation d'un complexe de castration.

J'avais, dans l'exposé du début, insisté sur l'intérêt que présentait pour A... une intervention chirurgicale pratiquée à l'âge de cinq ans, pour phimosis.

En fait, la peur de la virilité en fonction de ce complexe de castration apparaissait dans toutes les pensées du sujet, dans toutes les situations vitales, où un danger peut surgir. Il était curieux d'observer que, d'une façon élective, c'était la crainte d'une blessure aux organes sexuels qui apparaissait, sous forme de section, d'acier froid, de métal, — accident de tramway avec section sur les rails, etc... ; on pourrait prolonger pendant des pages la description de ces associations.

Dans les rêves constamment j'observais ces mêmes thèmes ; j'en note un au hasard : « Je reviens un soir au lycée ; au dortoir, je passe près d'un enfant qui pleure et auquel on a fait peur. J'accroche mon manteau, je me retourne et me trouve devant une verge coupée par un instrument tranchant. Le méat urinaire est croûteux. Cette verge a été coupée à la suite d'un accident d'escrime. Je pense que l'escrime est un sport bien dangereux et inutile. »

Toute l'analyse paraissant dominée par cette peur inconsciente de la castration, il paraissait intéressant de pouvoir reconstituer nettement la liaison entre l'idée de punition et la notion d'intervention chirurgicale. L'enchaînement logique des faits n'a pas été établi, du moins sur le mode de la pensée rationnelle. Je voudrais montrer comment un mécanisme de déplacement, étudié dans les névroses ou dans la formation du rêve, mécanisme précisément observé au cours d'un rêve, nous a permis de saisir l'importance réelle de cette intervention. A... fait un rêve dans lequel il voit une infirmière qui soigne son pied malade ; il parle de lumière jaune, rouge qui domine dans ce rêve. Or, cette idée de lumière rouge est associée en lui à des idées d'anesthésie, et surtout à toute son enfance, qu'il revoit triste, anxieuse, mais toujours liée à cette cou-

leur. Il n'y a pas en lui de représentations à base d'angoisse sans association automatique et élective de cette représentation de couleur.

Il est légitime de dire que nous constatons sur cet élément sensoriel un déplacement de l'affect d'une angoisse primitivement associée à l'intervention.

C'est à ce moment que l'on commence à observer chez A... des changements décisifs dans son comportement. Son attitude vis-à-vis des hommes, surtout des supérieurs, change, elle n'offre plus ce caractère séducteur, ce désir de plaire à tout prix ; dans son comportement religieux, il n'y a plus ce rituel obsédant signalé, les représentations obscènes ont disparu, ou se montrent très estompées et sans provoquer de réactions anxieuses.

Enfin, sur le plan sexuel, des érections commencent à se manifester, et rapidement, pour la première fois de sa vie, A... a la possibilité d'un rapport sexuel normal, et cela sans l'aide de représentations ou d'excitations anales comme complément d'excitation.

Le résultat n'était cependant pas parfait, car A... semblait ne pas éprouver, au niveau de la muqueuse génitale, assez de sensations érotiques pour le conduire à l'orgasme, et là, je pense qu'il fallait tenir compte d'un fait purement physiologique, c'est-à-dire du silence sexuel de nombreuses années, où des troubles de la sensibilité locale pouvaient intervenir. Pour donner une comparaison, de même que sur le plan psychique il fallait passer de la position sadique-ale à la position génitale, de même, du point de vue physiologique, il fallait arriver à un véritable déplacement de la sensibilité centrée sur la région anale, qui ne laissait à la région génitale qu'indifférence sensitive.

Dans cet ordre d'idées, il me paraissait logique, pour donner le plus de chances possibles à ce transfert local de sensations, de faire comprendre au sujet que l'activité sexuelle peu à peu résoudrait ce problème, en perfectionnant peu à peu les analyseurs cutanés de la région génitale, pour employer un terme de physiologie. Cette éducation sexuelle, les éléments psychiques dégagés d'angoisse et de peur de l'échec, permit au sujet de reprendre peu à peu une activité sexuelle normale.

Dans le même souci de provoquer chez le sujet une activité sexuelle après ces années de silence total, me demandant si des éléments d'insuffisance glandulaire ne pouvaient pas intervenir, je

fis appel à différentes médications, et, parmi celles-ci, à l'extrait du lobe antérieur d'hypophyse, suivant une posologie conseillée par le D^r Schiff.

En fait, ces différents traitements ne me parurent donner aucun résultat péremptoire.

A ce sujet, je ferai la remarque suivante : comme je désirais rechercher des tests de l'activité endocrinienne du sujet, je conseillai un examen interférométrique, qui a comme objet, tout au moins théoriquement, de déterminer avec précision ces activités. La réponse fournie par le laboratoire fut en faveur d'une certaine déficience testiculaire, et conclut d'autre part à l'activité de la glande hétérologue. Un spécialiste en cette question d'interférométrie me déclara que, chez de nombreux sujets, on trouve une réaction sanguine témoignant d'une activité biologique de la glande génitale du sexe opposé, et cela aurait été observé avec une certaine fréquence chez des homosexuels.

Il y aurait là, si l'on accorde à l'interférométrie une valeur réelle, ce qui est fort contesté, une sorte de contrôle biologique des théories psychanalytiques de la bisexualité primitive, et ces recherches peuvent offrir un certain intérêt dans l'étude de troubles de la sexualité.

L'échec de la médication opothérapique, ou de toute médication stimulante, me paraît s'expliquer, tout au moins chez ce malade, d'une façon précise.

On est en effet tenté de dire d'une façon schématique : toute l'inhibition est dirigée sur l'acte sexuel. Tant que A... se trouve dans une situation régressive pré-génitale, l'érotisme est autorisé et se manifeste par tout le système de masturbation anale ; par contre, l'acte sexuel est tabou ; la notion du danger, peur du châtiment, de l'enfer, etc..., n'est liée qu'à l'acte sexuel normal. Ceci est parfaitement exact, mais, par un examen plus approfondi, il semble que le mécanisme de l'érection, dont le jeu, possible ou non, a dominé toute la situation, se précise de la façon suivante. L'inhibition, la défense, ne portent pas sur l'acte sexuel lui-même, mais bien sur toutes les composantes sensorielles, qui, chez tout être, constituent le désir normal, ou mieux, le point de départ du désir. Il est impossible de séparer une représentation sexuelle de toute la richesse d'impressions sensorielles qui lui est adjointe. Chez le malade, c'est précisément quand il lui est permis sans

danger de voir, de toucher, que l'érection se produit, comme suite automatique du plaisir attaché à ces représentations visuelles ou autres. Il y a là un enchaînement de réflexes conditionnels, et l'on peut dire que si l'impuissant a l'angoisse de ne pas avoir d'érection, en fait l'inhibition, la défense active dans l'inconscient jouent sur le plan sensoriel.

Il est impossible de concevoir une physiologie normale de l'érection sans participation préalable d'impressions ou de représentations sensorielles : parmi celle-ci, les impressions visuelles sont les plus importantes.

Or précisément l'enfant n'a pas, dans la majorité des cas, une perception nette de l'acte sexuel ; son inquiétude sexuelle se traduit surtout par le désir de voir, et c'est cette curiosité interprétée comme malsaine, qui est le plus souvent l'objet de répressions parentales.

L'association primitive du danger, ou de la punition se fait donc avec les participations sensorielles, qui plus tard chez l'adulte constituent le point de départ de l'excitation génitale.

Cela nous explique peut-être pourquoi, chez certains malades, toutes les médications aphrodisiaques échouent, car elles ne provoquent qu'une excitation des centres médullaires de l'érection.

Je crois être d'accord avec le D^r Schiff et ne pas déformer sa pensée, quand il souligne que le problème de l'impuissance est beaucoup plus cérébral qu'endocrinien...

Chez A... je souligne encore que l'érection, après plus de dix années de silence, est apparue automatiquement dès que le sujet a vu l'angoisse liée au sentiment de culpabilité disparaître, non pas sur le fait de l'érection, mais surtout sur le facteur visuel, c'est-à-dire sur une composante du désir.

Actuellement, si l'on jette un rapide coup d'œil sur le comportement de A..., on peut dire :

1° du point de vue sexuel : disparition complète de l'érotisme anal, absence de perversions sexuelles ;

2° aucune tendance à l'homosexualité. J'avais insisté au début sur l'attitude féminine vis-à-vis de son père. Ceci se retrouva dans la situation de transfert ; peut-être n'y avait-il dans cette attitude qu'une compensation pour cacher un très violent sentiment d'agressivité.

3° du point de vue social, A... a fait de très importants progrès.

Certes, il n'arrive pas encore à pouvoir s'affirmer en toutes circonstances de la façon souhaitable, mais, dans ses relations, spécialement dans l'armée avec ses supérieurs, son attitude s'est grandement modifiée. Il commence à parler en homme, à pouvoir supporter la contradiction et développer ses arguments. Il semble qu'il y ait de ce côté un perfectionnement, une adaptation progressive, et il y a tout lieu de croire que sur ce terrain les bénéfices du traitement ne cesseront pas au moment de la cessation du traitement.

Je n'ai mentionné dans cet exposé schématique et trop rapide que les faits essentiels : beaucoup de points de vue n'ont pas été abordés. En matière de conclusion, je désire souligner quelques points.

D'abord, quelle étiquette clinique donner à ce cas ?

On pourrait dire : syndrome de fixation pré-génitale, si l'on veut mettre en avant l'importance de l'érotisme anal et oral.

Homosexualité larvée : cette hypothèse ne me paraît pas digne d'être retenue.

Syndrome œdipien avec prééminence du complexe de castration.

En fait, j'estime que l'on peut dire très brièvement : impossibilité de l'évolution normale du stade œdipien. L'activité phallique est défendue (castration, opération), régression à un stade antérieur. L'activité sadique anale est possible : fixation à ce stade, en partie par les lavements donnés par la mère. Les deux éléments corporels, opération et lavements, correspondent aux deux stades, l'un comme élément inhibiteur, l'autre comme élément de fixation.

Il ne faut pas négliger l'importance d'un facteur biologique : arrêt de toute activité sexuelle pendant l'adolescence et toute la période de maturité.

Dans la conduite du traitement, les deux éléments de transfert qui ont été les plus importants furent : d'une part, la possibilité de pouvoir libérer une énorme quantité d'énergie psychique refoulée à base d'agressivité, dont l'angoisse bloquait la possibilité d'extériorisation ; d'autre part, on constata un parallélisme dans le temps entre la réactivation de la situation œdipienne et sa liquidation dans le transfert, et le changement d'attitude dans la vie extérieure.

On pourrait également discuter la valeur du traitement psychanalytique. Dans ce cas, on peut dire que tout avait été tenté : médications, opothérapie, traitements par spécialistes, psychothérapie classique.

Ce qui m'a paru très instructif dans ce cas, et il est légitime de l'attribuer à la compréhension psychanalytique de ce malade, ce fut précisément le parallélisme entre l'évolution sur le plan psychique du sujet de la période pré-génitale au stade génital et le déplacement des zones érogènes de la muqueuse anale au système génital.

La psychanalyse nous permet d'observer avec une remarquable précision certains mécanismes psycho-physiologiques ; leur étude dépasse naturellement les limites de cette courte observation, car elle met en question toute la physiologie cérébrale.

Chez DENOËL et STEELE, Editeurs
19, Rue Amélie, PARIS-VII^e

La Bibliothèque Psychanalytique

- D^r RENÉ ALLENDY : La Psychanalyse**, doctrines et applications..... 1 vol. **15 fr.**
- **La Justice intérieure**. Quelques idées nouvelles sur les fondements de la justice.... 1 vol. **18 fr.**
-
- MARIE BONAPARTE : Edgar Poë**..... 2 vol. **80 fr.**
- **La Prophylaxie infantile des Névroses**... 4 fr.
- **Introduction à la Psychanalyse des Enfants** 4 fr.
- **Deuil, Nécrophilie et Sadisme**..... 3 fr.
- **Introduction à la Théorie des Instincts**. 10 fr.
-
- SIGMUND FREUD : L'Avenir d'une Illusion**.... 12 fr.
- **Malaise dans la civilisation**..... 10 fr.
-
- D^{rs} EDOUARD HITSCHMANN et EDMOND BERGLER : La Frigidité de la Femme**..... 7 fr. 50
-
- D^r RENÉ LAFORGUE : L'échec de Baudelaire**. *Etude sur la névrose du poète*..... 18 fr.
- Edition populaire..... 5 fr.
-
- LAFORGUE et HESNARD : Les Processus d'Auto-punition** 7 fr.
-
- D^r OTTO RANK : Don Juan et le Double**.... 16 fr. 50